****

**Europäische Graduiertenschule für Internationale Tinnitus Forschung - Screening Fragebogen (ESIT-SQ)**

|  |
| --- |
| Dieser Fragebogen besteht aus 2 Teilen. Der erste Teil A beinhaltet allgemeine Fragen zu Ihrem Alter, Größe, Lebensstil oder anderen Sie betreffende Angaben. Jeder kann Teil A beantworten, auch wenn Sie noch nie Erfahrung mit Tinnitus gemacht haben. Die Fragen zu diesem Teil nehmen schätzungsweise 5 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch. Falls Sie während des letzten Jahres Erfahrungen mit Tinnitus gemacht haben, bitten wir Sie weiterführende Fragen speziell zu Ihrem Tinnitus zu beantworten. Für diesen zweiten Teil B, werden Sie zwischen 5 und 10 Minuten benötigen. Dies ist abhängig von Ihren Antworten. |
| **TEIL A. ANGABEN ZU IHRER PERSON** |
| Bitte wählen Sie bei den nachfolgenden Fragen jene Antwortmöglichkeit aus, die am besten auf Sie und Ihre Erfahrungen zutrifft. Bei einigen Fragen können Sie mehrere Antworten auswählen. |
| A1  | Alter (Jahre) |
|  | \_ \_ |
| A2 | Bitte geben Sie Ihr Geschlecht bei Geburt an: |
|  | ☐ männlich ☐ weiblich ☐ intersexuell ☐ keine Angaben |
| A3 | Wie groß sind Sie? |
|  | \_ \_ \_ cm  |
| A4 | Welches Gewicht haben Sie? |
|  | \_ \_ \_ kg  |
| A5 | Welches ist Ihr höchster Bildungsabschluss? |
|  | ☐ Kein Schulabschluss ☐ Grundschule/Volksschule ☐ Mittelschule/Pflichtschule☐ Abitur/Matura/Fachabitur☐ Universität, Fachhochschule oder höher |
| A6 | Wie viel alkoholische Getränke konsumieren Sie pro Woche im Schnitt?  |
|  | Ein Getränk entspricht 125 ml Glas Wein, 330 ml Bier oder 40 ml Spirituosen |
|  | \_ \_ Getränke pro Woche  |
| A7 | Welche der folgenden Optionen beschreibt Ihr Rauchverhalten am ehesten?  |
|  | ☐ Noch nie geraucht ☐ Raucher ☐ Ehemaliger Raucher |
| A8 | Wie viele Verwandte ersten Grades (Eltern, Kinder, Geschwister) kennen Sie, die Tinnitus oder Hörverlust haben?  |
|  | Bitte geben Sie die Anzahl neben dem jeweiligen Familienmitglied an. |
|  | \_\_ Vater \_\_ Mutter \_\_ Bruder \_\_ Schwester\_\_ Sohn \_\_ Tochter |
| A9 | Leiden Sie unter Schwindel (Gefühl des Drehens oder Schwankens)? |
|  | ☐ Nie☐ Ja, weniger als einmal pro Jahr☐ Ja, mindestens einmal pro Jahr |
| A10 | Wurden bei Ihnen andere Erkrankungen der Ohren diagnostiziert?  |
|  | Sie können mehrere Optionen auswählen. |
|  | ☐ Lärmschädigung (akustisches Trauma durch laute Geräusche)☐ Barotrauma des Ohres (verursacht durch akute Veränderung des Umgebungsdruckes)☐ Altersschwerhörigkeit (Presbyakusis)☐ Hörsturz☐ Anderer Hörverlust☐ Morbus Menière☐ Akustikusneurinom (Tumor des Hörnervs) ☐ Akute Ohrenentzündung☐ Schwere Ohrenentzündung oder Fehlfunktion der Eustachischen Röhre☐ Chronische Ohrenentzündung (z.B. Trommelfellperforation, Cholesteatom)☐ Otosklerose (eingeschränkte Mobilität der Gehörknöchelchen)☐ Gibt es andere bekannte Krankheiten des Ohres? Bitte geben Sie diese an \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Nein |
| A11 | Haben Sie sich jemals einer der folgenden Behandlungen unterzogen?  |
|  | Sie können mehrere Optionen auswählen. |
|  | ☐ Ohrenoperation ☐ zahnärztliche Chirurgie☐ Neurochirurgie☐ Lumbalpunktion☐ Chemotherapie ☐ Strahlentherapie an Kopf und Hals☐ Elektrokrampftherapie☐ Andere Behandlungen. Bitte geben Sie diese an \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Nichts von alledem |
| A12 | Hatten Sie in der letzten Woche Beschwerden mit externen Geräuschquellen, die für Sie zu laut oder unangenehm waren, jedoch von Ihren Mitmenschen als normal wahrgenommen wurden? Anmerkung: Externe Geräuschquellen sind jegliches anderes Geräusch als Ihr Tinnitus z.B. Umgebungsgeräusche, Sprache oder Musik. |
|  | ☐ Nein, keine Beschwerden☐ Ja, geringe Beschwerden☐ Ja, mäßige Beschwerden☐ Ja, große Beschwerden☐ Ja, sehr große Beschwerden |
| A13 | Haben Sie derzeit noch andere Schwierigkeiten mit dem Hören, wie beispielsweise beim Zuhören von Sprache in lauter Umgebung? |
|  | ☐ Ja, ich kann überhaupt nichts hören ☐ Ja, starke Schwierigkeiten☐ Ja, mäßige Schwierigkeiten☐ Ja, geringe Schwierigkeiten☐ Nein, keine Schwierigkeiten☐ Weiß nicht |
| A14 | Benutzen Sie eines der folgenden Geräte?  |
|  | Sie können mehrere Optionen auswählen. |
|  | ☐ Hörgerät☐ Cochlea-Implantat☐ Rauschgeräte (Masker, Noiser)☐ Kombinationsgerät (Hörgerät und Tonerzeuger im selben Gerät) ☐ Keines |
| A15 | Leiden Sie an einem der folgenden Schmerzbeschwerden?  |
|  | Sie können mehrere Optionen auswählen. |
|  | ☐ Kopfschmerzen ☐ Nackenschmerzen☐ Ohrenschmerzen☐ Kiefergelenksschmerzen☐ Schmerzen im Gesicht☐ Andere. Bitte beschreiben Sie diese \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Keine Schmerzen |
| A16 | Leiden Sie an einer der folgenden Beschwerden/ Erkrankungen die auch von einem Arzt diagnostiziert wurden?  |
|  | Sie können mehrere Optionen auswählen. |
|  | **Oral:** ☐ Kiefergelenkserkrankung☐ Zahnprobleme**Neurologisch:** ☐ Meningitis ☐ Multiple Sklerose☐ Epilepsie☐ Schlaganfall☐ Andere zerebrovaskuläre Erkrankungen (Erkrankungen, welche die Blutgefäße des Gehirns betreffen)☐ Demenz☐ Andere neurologische Erkrankungen**Psychiatrisch oder psychologisch:** ☐ Angststörung ☐ Depression ☐ Traumastörung☐ Übermäßige Belastung, übermäßiger Stress**Schlafstörungen:** ☐ Einschlafstörung ☐ Durchschlafstörung**Kardiovaskulär:**☐ Niedriger Blutdruck☐ Hoher Blutdruck☐ Herzinfarkt**Endokrinologie und Stoffwechsel:** ☐ Schilddrüsenerkrankung☐ Diabetes☐ Hyperinsulinämie☐ Erhöhte Cholesterinwerte**Rheumatologisch und immunvermittelt:**☐ Rheumatische Arthritis☐ Systemischer Lupus erythematodes**Hals-Nasen-Ohren:** ☐ Chronische Nasennebenhöhlenentzündung☐ Nasenscheidewandverkrümmung**Infektiös:** ☐ Syphilis ☐ HIV ☐ Lyme-Borreliose**Andere:** ☐ Anämie (Blutarmut)☐ Instabilität oder andere Gleichgewichtsstörungen☐ Sodbrennen/gastroösophagealer Reflux☐ Globussyndrom (Fremdkörpergefühl im Rachen-Hals-Bereich)☐ Andere Beschwerden/ Erkrankungen?Bitte beschreiben Sie diese \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Keine |
| A17 | Tinnitus bezieht sich auf die Wahrnehmung von Geräuschen im Kopf oder in den Ohren (wie z.B. Klingeln oder Summen), bei Fehlen einer entsprechenden äußeren Geräuschquelle. Haben Sie im Laufe des letzten Jahres Geräusche in Ihrem Kopf oder in einem oder beiden Ohren bemerkt, die jeweils länger als fünf Minuten andauerten? |
|  | ☐ Ja, überwiegend oder die ganze Zeit☐ Ja, häufig☐ Ja, manchmal ☐ Nein, nicht im vergangenen Jahr ☐ Nein, noch nie☐ Weiß nicht |
| Vielen Dank für das Ausfüllen von Teil A. Falls Sie Frage A17 mit "Ja" beantwortet haben, fahren Sie bitte mit Teil B fort. Haben Sie jedoch mit "Nein" oder "Weiß nicht" geantwortet, ist die Befragung hiermit abgeschlossen. Vielen Dank für Ihre Teilnahme an dieser Befragung. |
|  |
| **TEIL B. ANGABEN ZU IHREM TINNITUS** |
| Danke, dass Sie Teil A ausgefüllt haben. Bitte wählen Sie bei den nachfolgenden Fragen jene Antwortmöglichkeit aus, die am besten auf Ihren Tinnitus und dessen Zusammenhang zu anderen Beschwerden/ Erkrankungen zutrifft. Bei einigen Fragen können Sie mehrere Antworten auswählen.  |
| B1 | Wie oft haben Sie durchschnittlich Tinnitus? |
|  | ☐ Täglich oder beinahe täglich☐ Nahezu wöchentlich☐ Fast monatlich☐ Alle paar Monate☐ Jährlich |
| B2 | Was beschreibt Ihren Tinnitus am besten im Laufe eines Tages? |
|  | ☐ Regelmäßig: Sie können Ihren Tinnitus immer oder gewöhnlich in einem leisen Raum hören☐ Unregelmäßig: "Kommen und gehen", nicht immer in einem leisen Raum hörbar |
| B3 | Wie lange ist es her, dass Ihr Tinnitus zum ersten Mal auftrat? |
|  | \_ \_ Monate \_ \_ Jahre☐ Weiß nicht |
| B4 | Wie sehr haben Sie sich wegen Ihres Tinnitus im Laufe des letzten Jahres Sorgen gemacht, waren Sie verärgert oder hat er sie beunruhigt, wenn er am schlimmsten war? |
|  | ☐ Stark☐ Mäßig ☐ Gering ☐ Überhaupt nicht ☐ Weiß nichtFalls Sie mit "Gar nicht" oder "Weiß nicht" geantwortet haben, bitte gehen Sie zu Frage B6. |
| B5 | Wann hat es angefangen, dass Ihr Tinnitus Sie belastet? |
|  | \_ \_ Monate \_ \_ Jahre☐ Weiß nicht |
| B6 | Obwohl die meisten Patienten einen einzigen Typ von Tinnitus haben, gibt es auch welche, die verschiedene Töne/ Geräusche hören. Hören Sie einen oder mehrere verschiedene Töne? |
|  | ☐ Einen Ton ☐ Mehrere verschiedene Töne |
|  | Falls Sie mehr als einen Ton bzw. mehrere verschiedene Töne hören, bitte versuchen Sie anhand der nachfolgenden Fragen Ihren belastendsten Tinnitus so gut wie möglich zu beschreiben. |
| B7 | Wie war der Beginn Ihres Tinnitus? |
|  | ☐ Langsam zunehmend ☐ Plötzlich ☐ Weiß nicht |
| B8 | Falls Sie bei den Fragen A9, A10, A11, A12, A13, A15 oder A16 irgendeine Art von Beschwerde/ Erkrankung angegeben haben, bitte listen Sie diese hier auf und geben Sie an, ob diese VOR, NACH oder ungefähr ZEITGLEICH mit dem Auftreten Ihres Tinnitus entstanden sind. |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| B9 | Stand der Beginn Ihres Tinnitus in Zusammenhang mit (Sie können mehr als eine Option wählen): |
|  | ☐ Ausgesetztsein lauter Geräusche ☐ Veränderung des Hörvermögens☐ Belastung durch veränderten Umgebungsdruck (Fliegen oder Tauchen)☐ Grippe, Erkältung oder andere Infekte ☐ Druckgefühl oder Druck in den Ohren☐ Stress ☐ Kopfverletzung☐ Halsverletzung (z.B. Schleudertrauma)☐ Andere. Bitte beschreiben Sie diese \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ☐ Nichts |
| B10 | Haben Sie eines der folgenden Medikamente ungefähr zu der Zeit genommen als Ihr Tinnitus begann?  |
|  | Sie können mehrere Optionen auswählen. |
|  | ☐ Aspirin ☐ Schmerzmittel. Falls ja, welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Orale Steroide. Falls ja, welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Antibiotika. Falls ja, welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Antidepressiva. Falls ja, welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Quinine (Muskelkrämpfe, Malaria).☐ Wassertabletten (Diuretika). Falls ja, welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Andere Medikamente. Bitte geben Sie diese an \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Nein☐ Weiß nicht |
| B11 | Glauben Sie, dass irgendeine der vorhin genannten Beschwerden/ Erkrankungen, oder irgendeine Beschwerde/ Erkrankung in Verbindung mit dem Beginn Ihres Tinnitus steht? |
|  | Sie können bis zu 3 Antworten geben. Bitte wählen Sie die Wichtigsten. |
|  | ☐ Nein☐ Ja. Welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| B12 | Ist die Lautstärke Ihres Tinnitus konstant, oder ändert sich diese im Verlauf eines Tages? |
|  | ☐ Konstant ☐ Schwankt manchmal☐ Schwankt immer☐ Weiß nicht |
| B13 | Wie hört sich Ihr Tinnitus an? |
|  | ☐ Ton ☐ Rauschen☐ Musik oder Ähnliches☐ Grillenzirpen ☐ Anders. Bitte beschreiben Sie Ihren Tinnitus \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| B14 | Bitte beschreiben Sie die Tonhöhe Ihres Tinnitus. |
|  | ☐ Hoher Ton☐ Mittlerer Ton☐ Tiefer Ton☐ Weiß nicht |
| B15 | Wo nehmen Sie Ihren Tinnitus wahr? |
|  | ☐ Rechtes Ohr☐ Linkes Ohr☐ In beiden Ohren, stärker rechts☐ In beiden Ohren, stärker links ☐ In beiden Ohren gleich☐ Im Inneren des Kopfes☐ Andere. Wenn ja, wo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Keine Ahnung |
| B16 | Ist Ihr Tinnitus rhythmisch? |
|  | ☐ Nein☐ Ja, im Rhythmus meines Herzschlages (kann geprüft werden durch Fühlen des Pulses und gleichzeitiges Hören auf den Tinnitus) ☐ Ja, im Rhythmus meiner Atmung☐ Ja, folgt den Bewegungen meines Kopfes, Halses, Kiefers oder Gesichtsmuskeln☐ Andere. Bitte beschreiben Sie dies \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| B17 | Hat ein Arzt jemals Ihren Tinnitus gehört?  |
|  | ☐ Ja ☐ Nein |
| B18 | Wird Ihr Tinnitus durch folgende Umstände verringert (Sie können mehr als eine Option wählen.)? | B19  | Wird Ihr Tinnitus durch folgende Umstände verstärkt (Sie können mehr als eine Option wählen.)? |
|  | ☐ Sehr leise Umgebung ☐ Leise Geräusche ☐ Laute Geräusche☐ Kopfbewegungen☐ Zähnebeißen oder Kieferbewegungen ☐ Druckeinwirkung auf Ihren Kopf, Hals oder um den Bereich Ihres Ohres☐ Nickerchen☐ Durch erholsamen Schlaf☐ Autofahren☐ Stress oder Angst☐ Entspannung ☐ Alkoholkonsum☐ Kaffeekonsum☐ Medikamente☐ Verwendung von Hörgeräten☐ Andere. Bitte beschreiben Sie dies \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Keine |  | ☐ Sehr leise Umgebung☐ Leise Geräusche☐ Laute Geräusche ☐ Kopfbewegungen☐ Zähnebeißen oder Kieferbewegungen ☐ Druckeinwirkung auf Ihren Kopf, Hals oder um den Bereich Ihres Ohres☐ Nickerchen☐ Durch schlechten Schlaf☐ Autofahren☐ Stress oder Angst☐ Entspannung☐ Alkoholkonsum☐ Kaffeekonsum☐ Medikamente☐ Verwendung von Hörgeräten☐ Andere. Bitte beschreiben Sie diese \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Keine |
| B20  | Haben Sie im vergangenen Jahr Ihren Hausarzt oder einen Arzt in einer Klinik oder einem Krankenhaus wegen Ihres Tinnitus aufgesucht? |
|  | ☐ Ja, 5 Arztbesuche oder mehr ☐ Ja, 2-4 Arztbesuche☐ Ja, 1 Arztbesuch☐ Nein, überhaupt kein Arztbesuch ☐ Weiß nicht |
| B21 | Sind Sie derzeit wegen Ihres Tinnitus in einer der folgenden Behandlungen?  |
|  | Sie können mehrere Optionen auswählen. |
|  | ☐ Psychiatrische Behandlung ☐ Psychologische Behandlung☐ Audiologische Behandlung☐ Physiotherapie☐ Selbstmanagement/Eigenbehandlung (z.B. Diät, Selbsthilfegruppen, Entspannungstechniken) ☐ Andere. Bitte beschreiben Sie diese \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Keine Behandlung |
| B22 | Denken Sie, dass irgendeine der vorhin genannten Beschwerden/ Erkrankungen, oder irgendeine Beschwerde/ Erkrankung, mit einer Phase der Verschlechterung Ihres Tinnitus zu tun haben könnte? |
|  | Sie können bis zu 3 Antworten geben. Bitte wählen Sie die Wichtigsten. |
|  | ☐ Nein☐ Ja. Welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| Vielen Dank für Ihre Teilnahme an dieser Befragung. |